

Y. Saathoff, C. Roth

Klinik für Neurologie und klinische Neurophysiologie, DRK-Kliniken Nordhessen, Kassel, Deutschland

# Starke Kopf- und Nackenschmerzen bei einer jungen Patientin

## Auflösung des Neuro-Quiz aus *DGNeurologie* 6/2020

Dieser Beitrag beinhaltet die Auflösung des Neuro-Quiz aus *DGNeurologie* 6/2020: Saathoff Y, Roth C (2020) Starke Kopf- und Nackenschmerzen bei einer jungen Patientin. *DGNeurologie* 3: <https://doi.org/10.1007/s42451-020-00264-9>.

Die Vorstellung einer 41-jährigen Patientin erfolgte als Verlegung aus einer benachbarten orthopädischen Klinik unter der Verdachtsdiagnose einer akuten Meningitis. Die Patientin berichtete über neu aufgetretene, stechend-pochende Schmerzen im Nacken. Der Beschwerdebeginn sei vor 5 Tagen gewesen und habe nach dem Staubsaugen mit zunächst leichten, im Verlauf deutlich progredienten Nackenschmerzen begonnen. Verstärkt würden die Schmerzen bei Kopfbewegung, Erschütterung und v. a. auch beim Schlucken. Die Schmerzen würden teilweise mit einer Stärke von NRS (Numeric Rating Scale) 7–8/10 bis in beide Schläfen ziehen. Die Einnahme von Ibuprofen und Voltaren® habe zu keiner wesentlichen Beschwerdeveränderung geführt. Im Verlauf habe sie Kribbelparästhesien der ulnaren Unterarme beidseits entwickelt. Anamnestisch waren eine substituierte Hypothyreose, eine Depression sowie ein Tinnitus bekannt. Die vegetative Anamnese und Drogenanamnese waren leer. Familiär seien eine multiple Sklerose und Niereninsuffizienz bei der Mutter bekannt.

In der orthopädischen Klinik wurden ein konventionelles Röntgen der HWS und eine MRT der HWS durchgeführt. Dort zeigten sich leichte Bandscheibenprotrusionen auf der Höhe HWK 5/6, HWK 6/7 sowie eine mäßige Neuroforamenstenose HWK 6/7. Hinweise für eine Myelopathie ergaben sich nicht (**Abb. 1 und 2**).

Klinisch-neurologisch zeigte sich eine schmerzhafte Nackensteifigkeit mit positivem Brudzinski-, Kernig- sowie fraglich positivem Lhermitte-Zeichen ohne weiteres fokales neurologisches Defizit. Hauteffloreszenzen bestanden nicht. Die Patientin war in der körperlichen Untersuchung algophobisch. Die Vitalparameter inkl. Körpertemperatur waren unauffällig. Laborchemisch fand sich eine Infektkonstellation mit erhöhtem CRP 52 mg/l (Ref. <5) und einer Leukozytose von 11,6 G/l (Ref.

3,8–10,7) bei normalem Procalcitonin (PCT) im Serum. Alle übrigen Routineparameter waren normwertig.

Nach einem unauffälligen cCT nativ erfolgte eine komplikationslose Lumbalpunktion, die klaren Liquor und normwertige Basisparameter zeigte. Die weitere Labordiagnostik inkl. oligoklonaler Banden, MRZ-Reaktion, Vaskulitisscreening, Borrelienserologie und TPHA war bis auf einen Vitamin-D<sub>3</sub>-Mangel unauffällig. Die Neurographien der Armnerven sowie die somatosensibel evozierten Potenziale des N. medianus und N. tibialis waren unauffällig. Aufgrund der beschriebenen schmerzhaften Schluckstörung wurde auch eine fiberendoskopische Evaluation des Schluckaktes (FEES) durchgeführt, die jedoch keinerlei Hinweise für eine neurogene Dysphagie ergab.

## Wie lautet Ihre Diagnose?

### » Diagnose: Retropharyngeale Tendinitis

Welche weiteren diagnostischen Schritte sind notwendig?

– Keine weiteren diagnostischen Schritte notwendig

Welche Therapie schlagen Sie vor?

– Orale Gabe eines nichtsteroidalen Antirheumatikums, ggf. zusätzlich orale Steroide

### Diskussion

Unser Fall zeigt deutlich, dass die retropharyngeale Tendinitis leicht mit anderen potenziell lebensbedrohlichen Erkrankungen verwechselt werden kann. Das Leitsymptom unserer Patientin waren ein progredienter, starker Nacken- und Kopfschmerz mit Odynophagie und einer laborchemischen Infektkonstellation. Eine akute Meningitis konnte rasch mittels Liquorpunktion ausgeschlossen werden. Differenzialdiagnostisch kam in erster Linie ein retropharyngealer Abszess in Frage, der sich klinisch ähnlich präsentiert [1]. Trotz Leukozytose und erhöhtem CRP ließ ein normales Procalcitonin bereits Zweifel an der Diagnose einer akuten bakteriellen Entzündung aufkommen. Im konventionellen HWS-Röntgenbild zeigten sich eine Verbreiterung des retropharyngealen Raums um etwa 8 mm sowie eine prävertebrale Verkalkung auf Höhe HWK 1/2. Korrespondierend dazu fanden sich in den T2-gewichteten MRT-Sequenzen eine langstreckige Hyperintensität und Schwellung ventral des HWK 1 bis HWK 4, entsprechend eines Ödems des M. longus colli. Die kraniokaudale Ausbreitung betrug etwa 7 cm. Dies ist der typische Befund einer retropharyngealen Tendinitis.

Dabei handelt es sich um ein selten diagnostiziertes, gutartiges Krankheitsbild, das sich mit akut bis subakut auftretenden Hals- und Nackenschmerzen, Nackensteifigkeit, Einschränkung

### Redaktion

J. Becker, Essen

F. Hoffmann, Halle (Saale)

DGNeurologie

<https://doi.org/10.1007/s42451-020-00263-w>

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2020



Abb. 1 Laterales Röntgenbild der HWS



Abb. 2 MRT der HWS, T2-Wichtung, sagittal

der HWS-Rotation und Odynophagie bemerkbar macht. Weitere Symptome können Fieber, Dysphagie, Heiserkeit und Verkrampfungen im Halsbereich sein [1]. Lokale Entzündungszeichen eines Abszesses wie retropharyngeale Schwellungen, Schleimhautrötung usw. fehlen [2]. Eine Untersuchung aus Israel kam auf eine alterskorrigierte Inzidenz von 1,3:100.000 Personenjahre [3], allerdings wird aufgrund der Spontanheilung ohne Arztkontakt eine hohe Dunkelziffer vermutet. Das durchschnittliche Erkrankungsalter liegt bei 41 Jahren (21–81 J.) mit einer ausgeglichenen Geschlechterverteilung [1, 4]. Laborchemisch können mild bis moderat erhöhte Entzündungswerte oder eine erhöhte BSG vorliegen.

Während das klinische Bild unterschiedliche Differenzialdiagnosen zulässt, ist die Bildgebung sehr typisch und liefert die entscheidenden Hinweise: In der konventionellen Radiographie finden sich eine prä- oder retropharyngeale Weichteilschwellung (92 %) sowie Verkalkungen (68 %) [1]. Im MRT fallen primär Hyperintensitäten im Sinne von Weichteilschwellungen mit Ödemen, Flüssigkeitsansammlungen oder Entzündungszeichen auf. Zur Feststellung der pathognomonischen Kalzifikationen im Pars obliqua superior der Sehne des (paarigen) M. longus colli auf Höhe HWK 1/2 hat das (KM-)CT die höchste Sensitivität (89 %; [1, 5]). Insbesondere das Vorliegen von Verkalkungen spricht gegen einen retropharyngealen Abszess. Weitere Hilfen zur Abgrenzung sind eine fehlende Kontrastmittel-aufnehmende Kapselwand und fehlende Lymphknotenschwellungen [4, 5]. Aufgrund der bereits vorliegenden, dezenten Verkalkungen im konventionellen Röntgen war in unserem Fall kein CT notwendig.

Wir führten die analgetische Therapie mit Ibuprofen, Paracetamol und Tramadol fort. Bei unzureichendem Ansprechen erfolgte die Umstellung auf eine orale Prednisolontherapie, beginnend mit 60 mg. Die Einnahme von Ibuprofen wurde fortgeführt. Hiermit konnten eine gute Schmerzreduktion erreicht und die Patientin kurz darauf mit einem Dosisreduktionschema entlassen werden. Die verordnete Medikation stellt das klassische Therapieregime der retropharyngealen Tendinitis dar. Die Kribbelparästhesien waren ebenfalls vollständig rückläufig und sind als Epiphänomen zu deuten. Ein überzeugendes elektrophysiologisches oder bildmorphologisches Korrelat fanden wir nicht. In einer Verlaufsuntersuchung nach 3 Monaten waren sowohl die initialen Schmerzen als auch die entzündliche Laborconstellation sowie die MRT-Veränderungen vollständig rückläufig.

Eine CT- oder MRT-Kontrolle ist bei bledem Verlauf nicht notwendig. In Einzelfällen sind Rezidive beschrieben. Histologisch wurden in einem Fall bioptisch Hydroxylapatitkristalle in der Sehne des M. longus colli am Ansatz des HWK 1 nachgewiesen, die eine aseptische Entzündung auslösen [4, 6]. Sichere Hinweise auf die Genese bestehen nicht, möglicherweise sind neben genetischer Prädisposition auch mechanischer oder metabolischer Stress Auslöser.

### Fazit

Bei der retropharyngealen Tendinitis handelt es sich um eine gutartige, selbstlimitierende Erkrankung. Aufgrund des akuten Beginns in Verbindung mit Entzündungszeichen sind andere lebensbedrohliche Differenzialdiagnosen wie die Meningitis, aber v. a. auch ein retropharyngealer Abszess zu erwägen. Nach der einfachen Diagnosestellung kann der Patient über die gute Prognose dieser für den Patienten z. T. sehr unangenehmen Erkrankung aufgeklärt und vor unnötigen diagnostischen Schritten und Therapien bewahrt werden.

### Literatur

1. Park R, Halpert DE, Baer A, Kunar D, Holt PA (2010) Retropharyngeal calcific tendinitis: case report and review of the literature. *Semin Arthritis Rheum* 39(6):504–509

2. Bormann A, Niedermeyer HP, Arnold A (2008) Retropharyngeale Tendinitis – Eine seltene Differenzialdiagnose eines Retropharyngealabszesses. *Laryngorhinootologie* 87(3):186–189
3. Horowitz G, Ben-Ari O, Brenner A, Fliss DM, Wasserzug O (2013) Incidence of retropharyngeal calcific tendinitis (longus colli tendinitis) in the general population. *Otolaryngol Head Neck Surg* 148(6):955–958
4. Jiménez S, Millán JM (2007) Calcific retropharyngeal tendinitis: a frequently missed diagnosis. Case report. *J Neurosurg Spine* 6(1):77–80
5. Offiah CE, Hall E (2009) Acute calcific tendinitis of the longus colli muscle: spectrum of CT appearances and anatomical correlation. *Br J Radiol* 82(978):e117–e121
6. Ring D, Vaccaro AR, Scuderi G, Pathria MN, Garfin SR (1994) Acute calcific retropharyngeal tendinitis. Clinical presentation and pathological characterization. *J Bone Joint Surg Am* 76(11):1636–1642

### Korrespondenzadresse

#### Y. Saathoff

Klinik für Neurologie und klinische Neurophysiologie  
DRK-Kliniken Nordhessen  
Hansteinstraße 29, 34121 Kassel, Deutschland  
Saathoff@drk-nh.de

### Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** Y. Saathoff und C. Roth geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Die Patientin hat schriftlich in die Veröffentlichung ihrer anonymisierten Daten eingewilligt.